

La problematica fenomenologico-psicodinamica della depressione cronica

Phenomenological-psychodynamic issues in chronic depression

S. Fasullo

Dipartimento di Neuroscienze
Cliniche, Università di Palermo

Key words

Phenomenology • Psychodynamic approach • Chronic depression

Summary

In depression, the fundamental element that fuels the feeling of psychic pain (and simultaneously opposes the change induced by therapy) is destructiveness.

Chronicity of disorder blocks the action of destructiveness (and also that of feelings such as pain, fear and guilt), but paradoxically, it also impedes the process of healing. Therapeutic action will thus be affected by this double-sidedness. After some success in understanding this defensive problem, the main duty of a therapy will be to modify the defense.

As psychiatrists, we cannot ignore clinical experience, pain, and suffering, which at different levels and in various forms and ways, we see and experience in our job. This pain is often mute and at the same time deafening;

the efforts to make this pain tolerable and communicable require continuous attention and study of the limits of methodologies, comprising utilized viewpoints, techniques and strategies. When an effective therapeutic process is in progress, it develops an independent temporal path which is therapeutic independently from the patient's daily routine and symptom expression. So, the process takes the patient to a particular temporal trajectory. The daily dimension of analytic and symptomatological time, which both run in eccentric orbits (sometimes opposite, sometimes temporally overlapping with each other), will gradually reconcile at the end of the analysis.

"Thinking" will be to able to think also about the least acceptable parts of the Self, to recognize their existence and strategies, to live consciously with them and solve them.

*Quand le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle/
Sur l'esprit gémissant en proie aux longs ennuis ...
(Baudelaire, *Spleen*. In: *Les Fleurs du mal*)*

*Il dolore è eterno. Ha una voce e non varia
(Saba, *Casa e campagna*)*

"La depressione ha l'abitudine di tornare" (Styron, 1990)¹ in una perfetta ripetizione dell'identico che sembra il mare sempre eguale di Valery ("La mer, la mer, toujours recommencée!" – *Le cimetière marin*).

I pazienti cadono nel pozzo del silenzio o si chiudono in un'espressione irreparabilmente cupa e inquieta, scopertamente infelice, in un'irritazione querula: niente piace, niente attrae, niente soddisfa, niente interessa: le cose vicine e lontane, tutto quello che la realtà e l'immaginazione offrono agli uomini sono tinti dallo stesso opaco e uniforme colore grigio; e senza tregua, muoiono la loro vita o si tolgono la vita.

Nella *periodicità distimica* la situazione temporale è intrappolata in una sorta di sospensione della scansione del tempo reale. La memoria perde

Corrispondenza

Silvio Fasullo, Clinica Psichiatrica, via La Loggia 1, 90123 Palermo, Italia • Tel. 0916555166 • Fax 0916555102 • E-mail: prof.silviofasullo@virgilio.it

la propria funzione collante della realtà psichica e offre un paesaggio in cui il presente si dilata desolante disperato, il passato lontanissimo risplende di ogni bene perduto o si carica di connotazioni di colpa, il futuro inesistente diviene un buco nero. Il danno depressivo isola il paziente dal contesto immergendolo in una dimensione psichica luogo di una oscillazione circolare e continua fra sentimenti fortemente ambivalenti, tra vissuti di perdita da cui il paziente dipende in vari modi e vissuti (e manifestazioni) di negazione tramite l'uso di arcaici ed estatici meccanismi onnipotenti. La depressione dal punto di vista intrapsichico celebra un sentimento di perdita, rievocato e continuamente alluso da ogni successiva e inevitabile delusione ("Morrie", lo interrompe Koppel, "tua madre è morta settant'anni fa. Il dolore continua ancora?" "Eccome", sussurrò Morrie – cfr. in *Mitch Albom* 1998)²: per cui in un certo modo ci si sente stranieri nella propria vita, in quell'insipido trascorrere di giorni dove equivalente diventa esserci o non esserci, senza che alcun gradiente faccia apparire la vita preferibile al suo nulla.

Talora la depressività ha carattere diffusivo, permea tutta la vita, non si lascia limitare all'interno di uno spazio temporale separabile dal resto del corso vitale. Il risultato, sul piano clinico, è una rigida organizzazione della personalità in un modello depressivo che può persistere inalterato per un lungo periodo di tempo, tanto da entrare a far parte della condotta di vita del paziente. Una sorta di melanconia vitale (a sintomatologia in apparenza torpida e attenuata) viene "eletta" a principale gruppo di difese proprio nei confronti del dolore causato dai sentimenti di "mancanza". L'affetto depressivo esprimerebbe la resistenza a lasciare l'oggetto o a rinunciare ad esso e tenderebbe a prenderne il posto, mantenendo un particolare rapporto (di controllo cronico) con l'oggetto stesso. Non c'è felicità, né dolore, né speranza: non c'è l'io; non c'è nemmeno la morte, che appartiene al regno della vita. Esiste soltanto la noia, la grigia, soffocante, monotona, interminabile noia, con la quale l'anima prigioniera di sé misura il tempo immaginario e lo spazio che non esiste. Il soggetto appare chiuso tra le infrangibili pareti della vita interiore, in eterno crepuscolo, in una noia "nutritiva", nel torpore e nell'ossessione. Egli intona un canto disperato, rivolto a nessuna cosa e a tutte le cose³.

Per quanto riguarda le *strutture depressive* si può

fare riferimento alle "strutture masochistico-depressive" del carattere di *Kernberg* (1978)⁴, che vanno dalle "personalità depressive", organizzate ad "alto livello" con affinità con i caratteri isterici ossessivi, sino a quelle con forte "auto-distruttività primitiva", indiscriminata scarica dell'aggressività ora verso l'esterno, ora verso l'interno, e assenza di sentimenti genuinamente depressivi, pur nella gravità del comportamento che include automutilazioni e suicidi. Parimenti, vanno citate le "personalità narcisistiche" di *Kohut* (1971)⁵ per la significativa incidenza delle sensazioni di vuoto e depressione legate alla "incapacità della psiche di regolare l'autostima e di mantenerla a livelli normali" in ragione del fatto che "l'angoscia dell'io è connessa primariamente alla consapevolezza della vulnerabilità del sé maturo". Infine, un'ultima indicazione viene dalle ricerche di *Bergeret* (1984)⁶ che parla di "strutture melanconiche" (incluse in quelle psicotiche), di "organizzazioni limite" che sarebbero anzitutto accomunate nella lotta incessante contro l'angoscia depressiva che torna puntualmente a manifestarsi al momento della perdita o dell'abbandono da parte dell'oggetto anaclitico e di "caratteri depressivi", sottogruppo di quelli narcisistici, dominati dalla ambivalenza: la tendenza alla tenerezza e la tendenza all'ostilità conducono una lotta senza fine, nella quale nessuna delle due arriva a prevalere.

Altre forme croniche sono legate ad una struttura psicosomatica, magari complicata come di frequente osservazione da tratti ossessivi. La cronicità interessa parimenti molte depressioni dell'età senile^a e infine può rappresentare l'esito di talune depressioni maggiori, specie di quelle accompagnate da idee di rovina e timori ipocondriaci, o di quelle caratterizzate dall'arresto e dalle sensazioni di noia e di vuoto.

Un paziente con depressione persistente

Al colloquio in F. (uomo di sessanta anni) è presente un rallentamento verbo-motorio; l'eloquio a tratti è interrotto poiché, come riferisce il paziente stesso, "... a volte non mi vengono le parole ...". Colpisce nell'osservare la sua mimica e la sua gesticolazione, la limitazione, la lentezza e la scarsità delle sue espressioni, improntate alla tristezza e a disinteresse ed abbandono; un'esitazione a prendere qualunque iniziativa; le sue risorse interiori appaiono in uno stato di perenne latenza; il potenziale dell'io

^a La condizione depressiva nell'anziano richiama il danno depressivo cronico per la dissipazione di ogni meccanismo riparatore, la rinuncia alla speranza nella capacità di far fronte alle cose, l'incapacità di combattere o di sfuggire – utilizzando vissuti di negazione atti a rendere meno pericolosi sia il presente che il futuro.

è in scacco, paralizzato dal timore per il futuro. La sintomatologia sopra riportata (datante da quattro anni e trattata con terapia psicofarmacologica: con scarsa compliance da parte del paziente) ha prodotto uno stato diffuso di anedonia che di fatto sembra compromettere ogni spinta volitivo-progettuale.

I familiari sostengono che il sentimento depressivo sarebbe comparso qualche tempo dopo la morte della moglie e in rapporto inoltre ai tentativi o alle intenzioni dei figli di autonomizzarsi, andandosene di casa o in rapporto a nuove attività lavorative. Dalla storia, dalla struttura intrapsichica e dalle modalità di relazione oggettuale, emergono cronici sentimenti autosvalutativi e di insufficienza, a malapena temperati da momenti di rivalutazione narcisistica. In fondo non si è rassegnato al fatto che il corso di quel "viaggio d'inverno" che è per tutti la vita è tutto un susseguirsi di acquisizioni e di perdite (materiali, simboliche e affettive), e che di tutto questo va e vieni noi possiamo in realtà controllare ben poco. I tratti di personalità emersi al test MMPI-2 (sommministrato quattro anni fa) includevano dipendenza, anassertività, irritabilità e risentimento.

Durante la degenza per diversi giorni è triste e abbattuto; non parla se non sollecitato, chiede di essere dimesso poiché ritiene di non poter guarire, di non poter svolgere una vita normale come gli altri.

Al test di Rorschach^b, valido e attendibile per il sufficiente numero di risposte fornito ed il valore di Lambda ($L = 0,83$), l'Erlebnistypus ($EB = 1:25$) mostra incapacità di mentalizzazione (simbolizzazione) e di conseguenza povertà di pensiero accanto a coartazione degli affetti. Il paziente ha poche risorse a disposizione ($EA = 3,5$) ed è per lui difficile un cambiamento a breve termine. Si nota un senso di inadeguatezza ed impotenza ($m = 1$): il soggetto è sovrastimolato rispetto alle sue capacità a far fronte alle richieste sia dell'ambiente esterno che del mondo interno. Pur capace di introspezione ($FD = 1$) non ha una positiva immagine di sé: si percepisce come un "mostro" di cui vede solo le mani che fuoriescono da un ventre non ben definito oppure come un mostro con una testa piccolissima. La stima di sé è molto bassa ($3r = 0,30$). I rapporti interpersonali non sono connotati positivamente e la difficoltà a relazionarsi con gli altri provoca un forte isolamento sociale ($Isol\ index = 0,30$). L'Elaborazione dello Stimolo è nella norma ($Zf = 8$, $Zd = 3,0$, $W:D:Dd = 6:11:3$) ma semplicistica ($DQ+ = 1$, $PSV = 1$), c'è la tendenza nel paziente a non prendere in considerazione la complessità della realtà, ad evitarla, forse nel timore

di non riuscire a dare risposte adattive. Risultano positivi l'indice di depressione con sei variabili positive su sette; l'indice di inefficacia sociale con quattro variabili positive su cinque; negativa la costellazione suicida ($S-CON = 4$).

Dal profilo di personalità ottenuto durante il ricovero (attraverso la somministrazione del test MMPI-2) si è passati da una modalità di "formare forti legami emotivi nutrendo molte aspettative negli altri a copertura di profonde sensazioni di inadeguatezza, insicurezza ed inferiorità" nel 2005 a quella attuale in cui il paziente "tende ad evitare relazioni interpersonali strette". Dalle difficoltà relazionali all'isolamento quindi.

Confrontando inoltre i grafici delle scale di base e di quelle di contenuto tra i due test si può notare che tutti gli indici oggi presentano un rilevante peggioramento. In particolare la scala clinica della depressione è passata da un coefficiente di 99 ad uno di 115; la psicoastenìa è passata da 102 a 111, la ipocondria da 75 a 111. Questi ultimi dati permettono di affermare che verosimilmente le problematiche psichiche sono diventate stabili e pervasive.

L'interpretazione del caso ha permesso di intravedere nella depressione del paziente una sorta di richiamo a rimanere in contatto dipendente con i figli e con figure parentali onnipotenti, nonché una sottile disperazione abbandonica che ricorda la depressione anaclitica, si è precisato altresì il valore di scarico aggressivo camuffato verso i figli.

Oltre ai presidi farmacologici sintomatici è iniziato un approccio psicoterapico che si propone come un'area transazionale entro cui sia possibile sperimentare la ristrutturazione di un prima e di un dopo, di un dentro e di un fuori: paziente e terapeuta offriranno quello che hanno: la loro bisognosità e impotenza, i sintomi, l'impegno all'ascolto interiore, le domande perplesse, il silenzio del dubbio in cui si stemperano le certezze dell'io.

Fin qui l'esempio clinico

Per tornare a considerazioni più generali, significazione psicopatologica ha, nelle sindromi affettive persistenti, la storia interiore passata e soprattutto la storia interiore che riguarda le precedenti esperienze di fronte alla separazione e al lutto, l'uso più o meno usuale della negazione, l'uso positivo o perverso della nostalgia (Rossi 1983)⁷. Le perdite reali divengono patologiche quando finiscono per rappresen-

^b Il Rorschach secondo il Sistema comprensivo di Exner. Milano, R. Cortina 2007.

tare all'esterno il cattivo stato e i vuoti del proprio mondo interno: paesaggi desolati della memoria. Nel film di Anderson "Le balene in agosto" si parla di due sorelle che convivono in una casa del Nord America. Due modi di vivere l'esistenza. In maniera dolorosamente melanconica – con disforia e somatizzazione – in una e, in maniera sufficientemente serena, nell'altra, che, a differenza della sorella, può recuperare aspetti della propria relazione con la giovinezza: metaforizzati nel passaggio lungo la costa delle balene nel mese di agosto (c'è allora chi vive un "tempo sospeso", probabilmente rivolgendo lo sguardo verso il "rimpianto del passato" e senza, dunque, la possibilità di esistere nel presente e, ancor meno, di proiezione nel futuro: troppo angosciante essendo il pensiero del limite ultimo. E c'è la persona in cui tempo interno e tempo esterno corrispondono ed il soggetto si accetta, si porta dentro il passato che si ripete nel presente e si proietta nel futuro, nonostante la morte si avvicini).

Nella *depressione* l'elemento fondamentale che nutre il sentimento di dolore psichico (e che nel contempo si oppone al cambiamento indotto dalla terapia) è la distruttività. Nella concettualizzazione di Freud, la depressione si configura come risposta ad un'esperienza di perdita di un oggetto (reale o immaginario, comunque introiettato) di cui il paziente si lamenta e si incolpa. L'elemento centrale in questo senso è proprio rappresentato da "un'aggressività frustrata e retroflessa verso un Io che, per identificazioni narcisistiche, non è più in grado di tollerare la defusione istintuale (la liberazione della pulsione distruttiva e la scomparsa dell'amor di sé) messa in moto dalla perdita oggettuale" (Giberti 1985)⁸. (Anche per la *Jacobson* la depressione appare come problema di aggressività non risolta che viene scaricata in maniera distruttiva e peggiorativa contro l'Io in presenza di una "riduzione o esaurimento delle pulsioni libidiche")⁹.

I sintomi della *depressione cronica* sono i "sintomi negativi" della passività, dell'inattività e in un

certo senso della rassegnazione: una sorta di incistamento di una situazione emotivo-affettiva (e dei rispettivi meccanismi difensivi) che resta al di fuori del processo evolutivo generale e del contesto reale (e che perde quindi ogni capacità trasformativa), destinato a ripetere coattivamente modalità di difesa atte a dimenticare, negare, proteggere la matrice originaria della sofferenza^c. Sembra che l'Io riesca a reclutare, per una stabilizzazione torpida e attenuata della sofferenza, elementi di difesa atti a parare e neutralizzare ogni eccesso di distruttività: che nella *crisi depressiva* si costituisce come rischio doloroso e fatale. (Non così in Anna. Anna era una donna la quale tre anni prima aveva perso il fratello per suicidio. Dopo la sua morte, si era ritirata dalla vita in smarrita solitudine con la mente rivolta al passato – come l'Angelus Novus di Paul Klee^d che cercava, invano, di svegliare i defunti –. Inaridita e disseccata da una torturante, chiusa tristezza, sentiva di non poter continuare a vivere in assenza del fratello. Infine, si suicidò il giorno dell'anniversario della morte di quest'ultimo).

Nella struttura depressiva, secondo *Haynal* (1976)¹¹, il dramma della separazione è rimasto vivido e le difese consistono nella negazione e nella erotizzazione dei sentimenti depressivi. Si sviluppa una lenta organizzazione dell'Io in un falso Sé su una base di compiacenza parzialmente adattativa. Sentire la tristezza, cristallizzandola in qualche modo nella depressione costante risulterebbe meno doloroso che sperimentare il dolore psichico della mancanza o della perdita.

L'umore melanconico, caratterizzato dal sentimento della mancanza di sentimento, colloca la persona fuorigioco rispetto al tempo, alla storicità dell'esistenza, alla possibilità di fare esperienza e di essere in contatto con sé e con gli altri. L'apatia e l'appiattimento risultano una sorta di "blocco emozionale" in un punto morto (*Rycroft*, 1968)¹², atto a parare le forze distruttive della depressione. Una parziale rinuncia alla lotta. Non vi è più la capacità di inte-

^c Il sintomo propone un percorso obbligato che blocca la relativa area psichica allagandola con le emozioni che lo hanno determinato; possiede inoltre una capacità invasiva, relativa proprio alle insufficienti funzioni riparative, che collude e si oppone alle esigenze vitali. In quanto risultante di processi psichici, il sintomo è l'espressione di un gioco di forze che si promuovono e si inibiscono a vicenda, che si associano le une a le altre, entrando in compromesso, caratterizzate da una potenzialità e quindi da ripetizione, rappresentate sotto forma di immagini e di idee affettivamente investite. Tali rappresentazioni, frutto di composite strutture psichiche in larga parte non coscienti, possono emergere in superficie prive di un'organizzazione razionale, congiunte fra loro da legami associativi, da assonanze, doppi sensi, coincidenze temporali, coperte da falsi nessi e tuttavia sempre rispondenti ad un qualche intimo senso, un rapporto mantenuto segreto, celato da sostituzioni e modificazioni.

^d Il quadro fu comprato da Walter Benjamin. La sua presenza costante nella vita di Benjamin ne fa il tramite attraverso il quale Benjamin si rapporta al mondo e si significa presso di esso come soggetto. In "Agesilaus Santander", così scrive: "L'Angelo somiglia a tutto ciò da cui io sono stato costretto a separarmi: alle persone, ma soprattutto alle cose. Alberga nelle cose che non ho più. Le rende trasparenti, e dietro ciascuna di esse mi appare la persona cui è dedicata"¹⁰.

grare il nuovo all'interno della propria storia di vita. Il malinconico perde il sentimento della correlazione tra il proprio tempo interiore e il movimento delle cose esteriori. Scrivono *Stanghellini et al.* (2008): si assiste a quella sproporzione antropologica che rimanda alla disarticolazione del rapporto tra l'esperire e il comprendere così come descritta da *Binswanger*, in cui la situazione va oltre la possibilità del soggetto di utilizzarla. Il melanconico è in grado di gestire solo ciò che già conosce, in quanto vissuto in precedenza o deducibile a partire dai suoi schemi relativi all'ordine delle cose. Di fronte ad un evento che esula dai suoi schemi, egli si trova dibattuto nel dubbio, incapace di propendere per un'opzione piuttosto che per un'altra. Ogni esperienza nuova, infatti, presuppone una trasformazione del rapporto con il mondo e con se stessi, che il melanconico contempla solo entro i limiti artificiali e angusti di un circuito chiuso. Qualora si presenti una circostanza non riconducibile ai rapporti consolidati, stenta a riconoscersi come soggetto intenzionale e si trova dilaniato tra alternative impossibili¹³.

La *depressione cronica* è rappresentata dunque dalla dissipazione di ogni rivolta, da una sorta di azzerramento dell'energia psichica, sia pure distruttiva: la lamentosità continua, la scontentezza disforica, il pessimismo autoritario ed arido, si costituiscono come patetico ricordo della più sconvolgente angoscia depressiva, di un dialogo per quanto disperato, attivo ed attuale col mondo e con se stessi, e sarebbero diretti a manipolare gli altri obbligandoli a preoccuparsi ed agire per il paziente ("la tirannide della dipendenza"), realizzare la "soddisfazione sadica" di impedire agli altri di essere felici e di riuscire ad aiutarlo e ad alleviare le sue sofferenze; evitare i problemi reali e le responsabilità (*Gabrielli* 1985)¹⁴. Poiché ogni cambiamento è un viraggio tra mondi antitetici e impossibili, si instaura un'amplificazione della filogenetica tendenza dell'evitamento del cambiamento. La *cronicità* si erge ad impedire il movimento sia della distruttività (e dei sentimenti di dolore, di paura e di colpa che l'accompagnano), sia paradossalmente della guarigione. Il tempo della cronicità è un tempo che si ferma, si raggruma in una stagione immobile, in un inverno senza transizioni ... è il tempo che divora e consuma in sé il momento della crisi, il *Kairòs*, quell'adolescenza del tempo in cui si cresce o comunque si produce il mutamento (*Manica* 1999)¹⁵. Tutto è sullo stesso piano, amori vita ed inezie, tutto è condannato e superfluo; e le parole più usuali sono prossime a rompersi in un grido che poco manca si faccia preghiera e dice il dubbio scoraggiante, il malumore o la

rassegnazione cupa, in una parola l'aspetto penoso dell'esistenza: tutta la stanchezza di una vita che si sente condannata alla coscienza di se stessa, a una "disperata infelicità".

"Nella maggior parte di questi pazienti non è possibile isolare una perdita cosciente singola o le perdite dichiarate sono in tale rapida successione da apparire come copertura per offese narcisistiche primitive o irrisolte. Ciascuna perdita infatti rimanda ad una precedente in una fuga prospettica a ritroso che riconduce, in ultima istanza, ad una perdita "primaria" (nella tesi di *Kristeva*¹⁶, tanto precoce che nessun agente esterno – soggetto o oggetto – può ad essa esser riferito). Le strutture difensive sono alacremente impegnate ad aggirare, con la depressione, autentiche ferite narcisistiche del passato, risultanti da aspettative continuamente deluse, che tendono costantemente a riattivarsi. Paradossalmente, la rinuncia alla speranza equivale a livello di pensiero onnipotente, all'evitare sofferenze causate da fantastici rifiuti e delusioni che, sul modello del passato, ineluttabilmente si ripresenterebbero, secondo le fantasie più profonde che hanno segnato la vita psichica del paziente"¹³.

È opportuno inserire fra i "fattori" di cronicizzazione la mancanza di disponibilità emotiva del terapeuta, il tentativo da parte di quest'ultimo di sopraffare l'altro in nome del proprio narcisismo, la superbia del ruolo rappresentato rispetto all'affermazione del paziente (e dei suoi bisogni). La cronicizzazione, in più, può essere la conseguenza del bisogno del curante di far superare l'episodio depressivo con *restitutio* allo stato *quo ante* senza che sia stato possibile, per incapacità da parte del paziente ma spesso del terapeuta, affrontare un'adeguata elaborazione dei temi depressivi inerenti¹⁷.

Occorre sempre pensare alla possibilità di non considerare il sintomo soltanto come manifestazione elementare di uno stato di malattia, ma anche come segno-indizio che indica il richiamo a una *realtà-altra* e che nel momento stesso in cui si mostra, implicitamente prospetta una intenzionalità a modificarsi. L'ascolto si apre alle rappresentazioni "di frontiera", lì dove si esprime il profondo. La re-significazione del testo sintomatico può consentire l'individuazione di quei nodi che hanno impedito il normale percorso evolutivo e che si oppongono alla realtà influenzandola o deformandola, e disturbando le modalità affettive, razionali ed adattative.

Il rapporto col depresso cronico tende però a porre una scelta drammatica¹⁷: accettare la complementarietà narcisistica e con essa la paralisi della terapia come cambiamento mutativo, oppure, dopo averla

necessariamente accettata, porsi come agente di cambiamento, cercando di analizzare col paziente il suo stile di vita dipendente e le sue aspettative non realistiche. In questo caso tuttavia la possibilità di mutamento e quindi di terapia, sembra consistere nell'accettazione da parte del terapeuta della penosa e frustrante situazione di impotenza da condividere con il paziente. Si tratta cioè di accettare di accogliere, ma allo scopo di modificarlo, l'oscillare tra impotenza-onnipotenza, denigrazione-idealizzazione (del terapeuta e terapia), sadismo, masochismo, amore, odio presenti nel rapporto con i pazienti depressi cronici sia nei loro aspetti caratteriali che nelle loro difese emozionali e nelle loro manifestazioni psicosomatiche. Sembra qui calzante quanto descritto da Freud (1922)¹⁸ circa la personalità masochistica. "... in queste persone non la volontà di guarire ha il sopravvento, bensì il bisogno della malattia ... e (tale resistenza) si dimostra l'ostacolo più forte sulla via della guarigione ... si tratta di un senso di colpa che si esprime solo come una resistenza, difficilmente riducibile, che si oppone alla guarigione". C'è in fondo, nel depresso cronico, quello che Reich¹⁹ chiamerà la "provocazione masochistica". "Il paziente riesce per via indiretta a vendicarsi alla fin fine dell'oggetto originario e a tormentare i suoi cari con la sua malattia dopo essersi rifugiato in questa per non essere costretto a dimostrar loro direttamente la sua animosità, perché la persona che ha occasionato il disturbo affettivo e verso la quale è orientata la malattia si trova in genere nella immediata vicinanza. Così l'occupazione libidica dell'oggetto ha nel melanconico subito una doppia sorte: una parte è regredita all'identificazione, l'altra, appunto per l'influenza del conflitto di ambivalenza, è stata riportata alla fase sadica, a quel conflitto più prossima".

Se consideriamo un sintomo come una forma di comunicazione ne potremmo considerare le sue possibilità di trasformazione. I comportamenti che prima ci apparivano inspiegabili ora appaiono estremamente significativi, a volte ipersignificativi. La patologia depressiva in parte, poco o per nulla evidente, fluida, implicita più che esplicita, imprecisa negli aspetti tradizionalmente semeiotico-descrittivi può rivelarsi ricca di messaggi, di intensioni comunicative e di richieste attive di contatto. La stessa inerzia del depresso cronico può mobilitarci ed intense emozioni circolare tra i due membri della coppia – finalizzate a un profondo tentativo liberatorio –: attraversare la tempesta e il dolore malinconico.

Verso gli ultimi giorni del ricovero F. accenna a

qualche sorriso e promette di continuare il trattamento psicoterapico.

Nel continuo rimando tra l'interpersonale e l'intrapsichico, l'esperienza psicoanalitica condivisa costituirà nuove prospettive e nuove articolazioni nel rapporto con se stesso e con l'altro. Come risultato di un lavoro ambizioso, ampio e non precocemente lenitivo, la vita affettiva ne sarà conseguentemente trasformata: la fiducia nella propria capacità di amare e di farsi amare, il saper dare e ricevere gioia e piacere, il ridimensionamento del terrore catastrofico dell'abbandono.

Bibliografia

- 1 Styron W. *Un'oscurità trasparente*. Milano: Leonardo Editore 1990.
- 2 Mitch A. *I miei martedì col professore*. Milano: Rizzoli, 1998.
- 3 Fasullo S, Guarneri M. *Notes on chronic and resistant depression*. *Psychopathologia*. International Journal of Psychiatric Culture and Praxi 1993;XI(6).
- 4 Kernberg OF. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri 1978.
- 5 Kohut H (1971). *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri 1976.
- 6 Bergeret J. *Depressione e stati-limite*. Roma: Il Pensiero Scientifico 1984.
- 7 Rossi R. *Edipo a Colono: equilibri psicologici e psicopatologici nella senilità*. In: Atti del Convegno "L'uomo e la senescenza" (Torino). Vicenza: Stampa Palladio 1983.
- 8 Giberti F. *La depressione tra psichiatria e psicoanalisi*. In: Giberti F, a cura di. *L'altra depressione*. Padova: Piccin 1985.
- 9 Jacobson E. *La depressione*. Firenze: G. Martinella 1977.
- 10 Benjamin W. *Agesilaus Santander*. In: *Opere complete. V. Scritti 1932-1933*. Torino: Einaudi 2003, p. 503.
- 11 Haynal A (1976). *Il senso della disperazione*. Milano: Feltrinelli 1980.
- 12 Rycroft C. *Dizionario critico di psicoanalisi*. Roma: Astrolabio 1968.
- 13 Stanghellini G, Ambrosini A, Ciglia R. *Vulnerabilità alla depressione*. *L'Altro* 2008;XI(3).
- 14 Gabrielli F. *Il depresso cronico*. In: Giberti F, a cura di. *L'altra depressione*. Padova: Piccin 1985.
- 15 Manica M. *Guardare nell'ombra*. Milano: Borla 1999.
- 16 Kristeva J. *Sole nero*. Milano: Feltrinelli 1988.
- 17 Pazzagli A. *La depressione cronica. Problemi psicoterapeutici*. In: Cassano GB, a cura di. *La condizione depressiva*. Milano: Masson 1982.
- 18 Freud S (1922). *L'io e l'Es*. *Opere*. Torino: Boringhieri 1977.
- 19 Reich W (1933). *Analisi del carattere*. Milano: Sugarco 1973.